

0- 793349

На правах рукописи



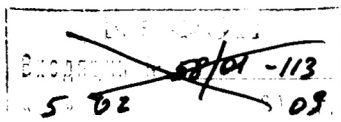
Троицкая Наталья Леонидовна

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
ИНВЕСТИЦИЙ В МУНИЦИПАЛЬНОЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

**Специальность: 08.00.05 – «Экономика и управление
народным хозяйством (управление инновациями
и инвестиционной деятельностью)»**

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук**

Екатеринбург 2009



**Диссертационная работа выполнена
в Омском государственном университете им. Ф.М. Достоевского**

Научный руководитель:

Капогузов Евгений Алексеевич
кандидат экономических наук, доцент,
заведующий кафедрой «Экономическая
теория и предпринимательство» Омского
государственного университета
им. Ф.М. Достоевского

Научный консультант:

Андреева Елена Леонидовна (Россия)
доктор экономических наук, доцент
руководитель центра развития человеческого
потенциала Института экономики УрО РАН

Официальные оппоненты:

Пешина Эвелина Вячеславовна (Россия),
доктор экономических наук, профессор
заведующая кафедрой «Экономика сферы
услуг» Уральского государственного
экономического университета
Хасаншина Наталья Борисовна (Россия),
кандидат экономических наук, доцент
заведующая кафедрой «Экономика»
Омского филиала НОУ Московской
финансово-промышленной академии

Ведущая организация:

**Российский государственный
профессионально-педагогический
университет**

Защита состоится 25 февраля 2009 г. в 13 ч. 00 мин. на заседании
Диссертационного совета Д 004.022.02. в Институте экономики Уральского
отделения Российской Академии наук, по адресу: 620014, г. Екатеринбург,
ул. Московская, 29.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке, с авторефератом –
в библиотеке и на сайте Института экономики УрО РАН

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КФУ

Автореферат разослан 23 января 2009 г.

Учёный секретарь

Диссертационного совета,

кандидат экономических наук, доцент



0000802147

Лаврикова Ю.Г.

Актуальность темы исследования

Необходимость создания механизма, характеризующего эффективность инвестиций для муниципального здравоохранения, обусловлена отсутствием в российском здравоохранении показателей, пригодных для комплексного экономического анализа этой важной части общественного сектора в экономике. Если в развитых странах существуют показатели оценки эффективности инвестиций в здравоохранение, то на уровне официальной медицинской статистики в России вообще не проводится анализ эффективности инвестиций в здравоохранение ни по каким критериям. Процесс сбора медицинских статистических данных носит эмпирический характер и не несет аналитической нагрузки.

Невозможность прямого переноса моделей оценки эффективности инвестиций в здравоохранение развитых стран связана, в первую очередь с тем, что в анализе эффективности используется первичная статистическая отчетность, формы которой разрабатывались именно для принятых способов анализа эффективности инвестиций. Российская практика показывает обратную ситуацию. Существующие формы статистической отчетности в сфере муниципального здравоохранения в России разрабатывались эмпирически и удовлетворяют нужды медицинского, но никак не управленческого персонала. В результате в России решения в инвестиционной сфере муниципального здравоохранения принимаются исходя, без учета соображений экономической и социальной целесообразности.

Поскольку медицинские услуги являются неотъемлемой частью существования любого цивилизованного общества, то вопрос о выборе модели здравоохранения является не только теоретическим, но и практическим. С практической точки зрения отсутствие адекватной системы оценки инвестиций в муниципальное здравоохранение в РФ не позволяет принимать в полной мере обоснованные управленческие решения в этой сфере.

Все это обусловило актуальность данной темы исследования.

Степень разработанности проблемы

Инвестиционные проблемы в целом исследовались многими отечественными и зарубежными учеными. Необходимо отметить фундаментальный труд Дж. Стиглица «Экономика государственного сектора», в котором отдельный раздел посвящен экономике здравоохранения («Health management»). Анализом услуг здравоохранения как социально значимых благ занимаются такие ученые как Э. Клуз и К. Томассон, М. Товаколи и Х. Девис, Р. Остеркамп, М. Жофре-Бонет, Дж. Виссерс, а также другие представители как европейской, так и американской, канадской школы.

Среди отечественных ученых в области экономики здравоохранения можно отметить труды Г. Ахимова, С. Шишкина, других ученых. Следом за Дж. Роулзом, разработкой проблемы соотношения в понятии «эффективность» социальной и экономической стороны инвестиций занимаются Д. Петросян, М. Алле и др., среди уральских ученых: А. Татаркин, Е. Козаков, А. Шеломенцев, О. Боткин, Х. Гизатуллин и др. Основные показатели измерения эффективности инвестиций в здравоохранение выделяют Н. Шамшурина, А. Чухно, И. Тогунов, Л. Зенина, Л. Трушкина, Л. Чернов, М. Бенсберг, Дж. Хадфильд, Д. Сейнеф, Дж. Ладж, Дж. Ричардсон и др. Определение экономической эффективности здравоохранения в российской



системе анализа медицинской статистики, кроме того, можно найти Е. Лобановой, Э. Антипенко, Б. Урланиса и др. Системы анализа показателей экономической эффективности инвестиций в здравоохранение в развитых странах представлены в трудах Т. Сикона, Д. Барнета, И. Рокета и др.

Оценке моделей организации системы муниципального здравоохранения в России и развитых странах посвящены труды таких российских ученых как Н. Головнина и П. Ореховский, С. Шишкин, А. Бабич и Е. Егоров, а, кроме того, труды западных ученых К. Эйзенштейна, Е. Келлера, Б. Картера, Дж. Ньюхауса, Б. Паркера, Б. Хансена, Х. Кейдинга, Р. Гачеса, М. Шамонта, К. Проппера, Р. Хаслама и др.

Диссертант обращает внимание именно на муниципальное здравоохранение, для того чтобы отсечь от анализа здравоохранение частное, к оценке эффективности инвестиций в которое применяются модели и показатели, основанные на анализе прибыли. Вместе с тем вопросы социально-экономической оценки инвестиций в муниципальное здравоохранение не получили должного развития, что и определило постановку цели и задач данного исследования.

Цель диссертационного исследования

Целью диссертационной работы является разработка механизма социально-экономической оценки инвестиций в муниципальное здравоохранение России.

Задачи диссертационного исследования

Достижение поставленной цели потребовало решения следующих задач:

1. Выделение специфики инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении с точки зрения экономической и социальной природы медицинских услуг.
2. Классификация моделей инвестиций в муниципальное здравоохранение в развитых странах.
3. Разработка механизма оценки социальных аспектов инвестирования в муниципальное здравоохранение.
4. Обоснование направлений перехода к более эффективной модели инвестиций в здравоохранение крупного города.

Объект исследования

Объектом исследования является муниципальное здравоохранение крупнейших российских городов.

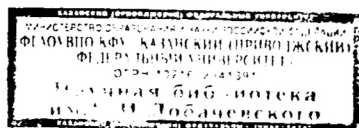
Предмет исследования

Предметом исследования являются социально-экономические отношения, возникающие в процессе осуществления инвестиций в муниципальное здравоохранение.

Теоретическая и методологическая основа исследования

Теоретическую базу исследования составили научные труды классиков экономической теории, а также современных российских и зарубежных ученых по проблемам управления в общественном секторе и, в частности, муниципальном здравоохранении, а также по вопросам оценки эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение.

В методологическом отношении диссертация основывается на социально-экономическом, территориально-отраслевом подходе к структурным преобразованиям базовых отраслей общественного сектора.



Методы исследования

Для обработки первичной информации использовались общенаучные приемы анализа и синтеза; специфические методы исследования (монографический, абстрактно-логический, экономико-статистический); методы финансового анализа. Диссертационное исследование базируется на общенаучной методологии, предусматривающей системный подход к решению проблем оценки эффективности функционирования систем государственного сектора.

Информационная база

Информационную базу исследования составили данные Федеральной службы государственной статистики, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по г. Омску и г. Новосибирску, статистические материалы, опубликованные в периодической печати, монографии, статьи, другие публикации российских и зарубежных авторов, данные региональной статистики, материалы администрации г. Омска и г. Новосибирска, ресурсы сети Интернет, а также собственные разработки и расчёты автора.

Научная новизна

Научная новизна диссертационной работы заключается в разработке концептуальных подходов к механизму социально-экономической оценки эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение:

1. С позиции теории общественных благ инвестиции в муниципальное здравоохранение можно рассматривать как инвестиции в общественные блага с уникальными свойствами, оказывающие непосредственное влияние на конкурентоспособность отечественной экономики. Данное уточнение позволяет сформулировать цели и задачи инвестиционной политики в муниципальном здравоохранении, как направленной в первую очередь на обеспечение эффективной социальной политики. Предложены признаки классификации инвестиционных моделей в муниципальное здравоохранение в различных странах.

2. Разработан механизм социально-экономической оценки инвестиций в муниципальное здравоохранение, включающий в себя принципы, параметры и алгоритм оценки. Особенностью данного механизма является возможность диагностики взаимосвязи медицинских, социальных и экономических эффектов в инвестировании.

3. Предложены методические рекомендации по формированию показателей социально-экономических оценок инвестиций в муниципальное здравоохранение, включающие в себя следующие блоки: социальные и экономические показатели инвестиционной деятельности, позволяющие выявить сильные и слабые стороны различных моделей инвестиций в муниципальное здравоохранение. Сформулированы основные направления стимулирования перехода к более эффективной инвестиционной модели здравоохранения крупнейшего города, сопровождающиеся формированием в отрасли рыночного механизма становлением эффективных институтов муниципального здравоохранения.

Область исследования

Содержание диссертации соответствует следующим пунктам специализации «Управление инновациями и инвестиционной деятельностью»: п.п. 4.15. «Развитие методологии анализа, методов оценки, моделирования и прогнозирования инвестиционной деятельности в экономических системах», 4.16. «Разработка стратегии и

концептуальных положений перспективной инвестиционной политики с учетом накопленного научного и мирового опыта в целях экономического роста и повышения эффективности экономических систем», п.п. 4.22 «Разработка теории, методологии и показателей эффективности социальных инвестиций» специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» Паспорта специальностей ВАК РФ.

Практическая значимость исследования

Практическая значимость диссертационной работы заключается в дальнейшем повышении эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение крупнейших городов России. Данные наработки могут быть использованы региональными и муниципальными органами управления здравоохранением, а также учреждениями здравоохранения, органами статистики осуществляющими свою деятельность на рассматриваемых локальных территориях, что будет способствовать принятию более взвешенных и обоснованных решений при выработке стратегии формирования адресной инвестиционной политики, и концептуальных подходов к осуществлению социального инвестирования.

Результаты диссертационной работы могут также использоваться в учебном процессе при изучении дисциплин: «Экономика общественного сектора», «Экономика здравоохранения», «Основы социальных инвестиций».

Реализация результатов исследования

Основные положения диссертации реализованы:

- в научных исследованиях, посвященных изучению социально-экономической эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение г.Омска и г.Новосибирска;
- в нормативных и программных документах, разработанных с участием автора Департаментом здравоохранения по г.Омску;
- в аналитических и методических разработках, готовящихся к внедрению на уровне Департамента здравоохранения в г.Омске;
- в образовательном процессе при подготовке курсов «Экономика общественного сектора», «Экономика здравоохранения».

Основные теоретические и методические положения, полученные в ходе диссертационного исследования, докладывались автором и обсуждались на научных семинарах кафедры «Экономическая теория и предпринимательство» Омского государственного университета им. Ф.М. Достоевского, научно-практических конференциях различного уровня, в т.ч. на VI Всероссийском форуме молодых ученых и аспирантов «Инновационность хозяйственных систем» (Екатеринбург, 2003), VI Международной научной конференции «Модернизация экономики и выращивание институтов» (Москва, 2005), III Всероссийской научно-практической конференции «Экономические и правовые факторы устойчивого развития социальных систем» (Омск, 2006), на Всероссийской научно-практической конференции «Стратегия и тактика устойчивого развития России в условиях социально-ориентированной экономики» (Москва, 2007), Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы экономического развития регионов России» (Абакан, 2007) IV-я международной научной конференции «Инновационное развитие и экономический рост» (Москва, 2008).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 научных статей общим объемом 3,05 авторских п.л., в т.ч. 1 - в издании рекомендованном ВАК.

Структура работы

Диссертация изложена на 214 страницах машинописного текста; состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 231 наименования, 21 приложения, содержит 29 таблиц, 5 рисунков.

Во введении раскрыты актуальность диссертационной работы, степень разработанности проблемы, цели и задачи диссертационного исследования, объект и предмет, теоретическая и методологическая основа исследования, методы, информационная база, наиболее существенные результаты, полученные автором, научная новизна, практическая значимость исследования, реализация и апробация результатов исследования, публикации и структура диссертационной работы.

Первая глава диссертационной работы *«Теоретические основы инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении»* раскрывает сущность социальной и экономической эффективности муниципального здравоохранения, а также моделей организации инвестиций в здравоохранение в России и развитых странах. Кроме того в данной главе, обозначены проблемы современной российской модели инвестиций в здравоохранение

Во второй главе *«Механизм оценки эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение»* представлен механизм оценки эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение, включающий в себя принципы, параметры и алгоритм оценки.

В третьей главе диссертационного исследования *«Сравнительная оценка социально-экономической эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение по г.Омску и г.Новосибирску»* проведена сравнительная оценка социально-экономической эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение по г.Омску и г.Новосибирску и предложены основные направления совершенствования инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении исследуемых городов.

В заключении содержатся основные выводы по результатам диссертационного исследования.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Специфика инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении, обусловленная социально направленным характером данной отрасли. Признаки классификации моделей инвестирования в муниципальное здравоохранение.

Учитывая специфику инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении, автор определяет муниципальное здравоохранение как систему предоставления общественных и, одновременно, социально значимых благ. Кроме того, в работе выделены два свойства общественных благ, которые предоставляет муниципальное здравоохранение – социально значимый и доверительный характер.

Муниципальное здравоохранение можно отнести к системам предоставления социально значимых благ, эффект от которых трудно измерим, так как существует некий набор неопределенностей для потребителя и связанные с этим проблемы, которые самостоятельно потребитель решить не может. Например, неопределенность возникновения спроса и информационная асимметрия. Данная особенность существенно сказывается на инвестиционных процессах в муниципальном здравоохранении.

Медицинские услуги — это доверительное благо, которое встречается в сфере обеспечения безопасности, в страховании, в образовании и т.д. Риски потребления такого блага сопряжены с тем, что врач имеет возможность конструировать спрос на свои услуги в попытке увеличить совокупное материальное вознаграждение. Следует учитывать не вещественный характер медицинских услуг и связанную с этим проблематичность выработки критериев оценки их качества даже после потребления пациентом, высокую значимость сопроводительных аспектов получения услуги. Кроме того, существует эффект оценки качества лечения через цену (когда сама цена становится индикатором качества услуги), заниженная ценовая эластичность спроса, хотя и корректируемую пациентами в пределах бюджетных ограничений и стремления к оптимизации расходов. На рисунке 1 представлена характеристика муниципального здравоохранения как общественного блага.

Таким образом, инвестиции в муниципальное здравоохранение можно рассматривать с двух позиций: как обеспечение смешанных общественных благ или как частных социально-значимых благ. Кроме того, определенные особенности инвестиционный процесс в муниципальное здравоохранение имеет и в связи с принадлежностью этих благ к доверительным благам. Инвестиционный процесс в сфере здравоохранения носит специфический социально направленный характер, обусловленный свойствами предоставляемых общественных благ.

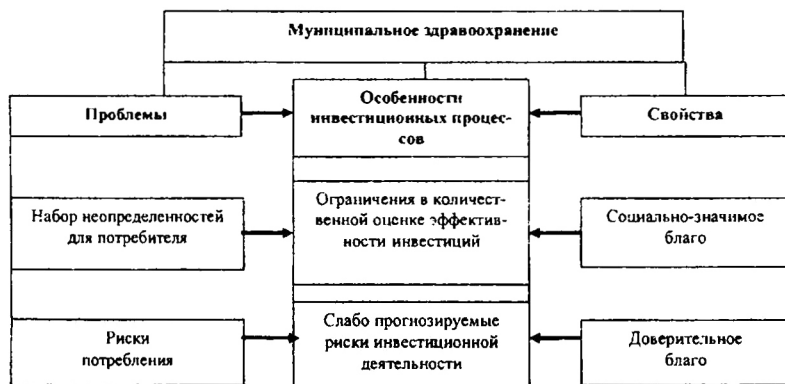


Рисунок 1 – Особенности муниципального здравоохранения как общественного блага

Проблема оценки эффективности работы системы муниципального здравоохранения приводит к нахождению некоторого баланса между социальной эффективностью предоставляемого государством блага и экономической эффективностью инвестиций в отрасль, которая занимается оказанием услуг населению. Каждая экономическая система, так или иначе, находит относительно оптимальный компромисс и создает функционирующую модель здравоохранения. В настоящее время все существующие системы здравоохранения можно описать с помощью двух относительно полярных моделей – полностью рыночной и полностью государственной, а также их смешанных вариантов. Между тем, такой подход не совсем верен, так как в связи со специфичностью блага в любой крайней модели существуют отклонения в сторону «государственности» или «рыночности», более точным было бы определение этих моделей как направленных либо на «заполнение» государством провалов рынка, либо на «заполнение» рынком провалов государства, причем выбор между этими двумя подходами обычно основан не на административном указании, а на объективных социально-экономических условиях жизни. Для простоты в дальнейшем модель наиболее близкую к рыночной системе автор будет называть «рыночной», модель наиболее близкую к полному государственному финансированию здравоохранения «государственной», все прочие модели «смешанными» или социально-страховыми.

Для рыночной модели здравоохранения характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой государственной системы медицинского страхования.

Вторая модель характеризуется значительной, иногда исключительной ролью государства. Все медицинские услуги оказываются государственным сектором, финансирование которого осуществляется главным образом за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора платных медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения.

Основные различия в национальных системах здравоохранения, основанных на государственном принципе обеспечения, заключается в том, каким образом происходит финансирование этих систем. В системе обязательного медицинского страхования источниками финансирования медицинской помощи населению являются страховые взносы, которые в обязательном порядке уплачивают определенные категории страхователей.

Таким образом, диссертант выделяет три принципиально различных модели инвестиций в муниципальное здравоохранение – государственную, рыночную и «смешанную» - социально-страховую. Эти модели можно классифицировать по следующим признакам:

1. Принцип, лежащий в основе модели. В данном случае речь идет о том, на каких позициях по отношению к здравоохранению стоит государство. В случаях с социально-страховыми моделями здравоохранение рассматривается как квазиобщественное, иногда как общественное благо. В случае государственной модели как су-

губо общественное благо. Рыночная модель основана на том, что здравоохранение – это рыночное благо.

2. Доля расходов на здравоохранение в ВВП. Показатель характеризует количественную сторону здравоохранения. Однако, без привязки к остальным показателям, не может стать базой для самостоятельных выводов о модели здравоохранения.

3. Источники финансирования. Характеризуют исходящие инвестиционные потоки в модели здравоохранения.

4. Контроль за эффективностью расходования средств. Показывает субъектную характеристику контроля в модели здравоохранения, после такого анализа становится, очевидно, что даже рыночная модель здравоохранения не может обойтись без опосредованного вмешательства государства – через контроль происходящих в здравоохранении процессов, что доказывает невозможность отнесения здравоохранения к чистым частным благам.

5. Доступность медицинского обслуживания. Показывает объектную характеристику инвестиционных процессов в модели здравоохранения. Основной характеристикой объекта здравоохранения является доступность к вовлечению в модель здравоохранения при возникновении необходимости в получении медицинских услуг.

6. Ассортимент доступных медицинских услуг. Данная характеристика является сравнительной для моделей здравоохранения, показывает развитость инновационной сферы безотносительно к затратам на здравоохранение.

7. Использование новых технологий. В отличие от ассортимента медицинских услуг данный показатель является базовым для оценки модели инвестирования в здравоохранения, так как расширение использования новых технологий в здравоохранении позволяет обеспечивать основное свойство здравоохранения как блага – социально направленный характер.

8. Регулирование цен на медицинские услуги. Характеристика специфики регулирования цен на медицинские услуги по сути является обобщающим показателем для вышеперечисленных, так как учитывает в себе все свойства модели здравоохранения присущие каждой группе – государственным, рыночным и социально-страховым моделям.

Полная классификация инвестиционных моделей муниципального здравоохранения различных странах, использующих ту или иную модель по предложенным автором признакам приведена в таблице 1. Данная классификация позволяет проводить сравнительную оценку инвестиционных механизмов в муниципальном здравоохранении, с целью выявления недостатков, проблемных зон данных механизмов, в том числе в российской системе инвестиций в муниципальное здравоохранение.

В таблице 1 использованы следующие сокращения: ДМС - добровольное медицинское страхование; ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение; ОМС - обязательное медицинское страхование.

Таблица 1 - Сравнительная характеристика моделей здравоохранения в России и развитых странах

Тип модели	Социально-страховая					Государственная	Рыночная
Страна	Германия	Япония	Канада	Франция	Россия	Великобритания	США
Принцип, лежащий в основе модели	Здоровье - фактор, определяющий качество «человеческого капитала».	Медицинская услуга - квазиобщественное благо.	Медицинская услуга - общественное благо.	Медицинская услуга - квазиобщественное благо.	Медицинская услуга - квазиобщественное благо.	Медицинская услуга - общественное благо.	Медицинская услуга - частное благо, т. е. обычный товар, который может быть куплен или продан
	Медицинская услуга - затраты, необходимые для поддержания здоровья	Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь	Систему здравоохранения должно контролировать государство	Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь	Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь	Богатый платит за бедного, здоровый - за больного	
Доля расходов на здравоохранение в ВВП	8,1 %	6,6%	8,7%	8,5%	5,7%	6,0%	14,0%
Источники финансирования	ОМС - 60%,	ОМС - 60%.	Федеральные фонды и фонды провинциальных бюджетов - 90%,	ОМС - 50%,	ОМС - 60%.	Гос. бюджет	Частное страхование - 40%.
	ДМС - 10%,	Гос. бюджет - 10%,	Фонды частных страховых компаний и добровольные пожертвования - 10%	ДМС - 20%,	ДМС - 10%,		Личные средства - 20%,
	Гос. бюджет - 15%,	Общественные фонды - 10%,		Гос. бюджет - 10%,	Гос. бюджет - 10%,		Программы для пожилых и маломощных - 40%
	Личные средства - 15%	Личные средства - 20%		Личные средства - 20%	Личные средства - 20%		

Контроль за эффективностью расходования средств	Контроль осуществляют частные и государственные страховщики	Контроль осуществляется страховыми фирмами - частными страховщиками	Контроль осуществляет государство	Контроль осуществляют страховщики: частные страховые фирмы и гос. организации социального страхования	Контроль осуществляется страховыми фирмами - частными страховщиками	Контроль осуществляет государство в лице Департамента здравоохранения	Контроль осуществляется страховыми фирмами - частными страховщиками
Доступность медицинского обслуживания	90% населения охвачено программами ОМС, 10% - программами ДМС. при этом 3% застрахованные в ОМС имеют ДМС	40% населения охвачено национальной системой страхования; 60% - профессионально-производственной. системой страхования	98-99% населения охвачено программами ОМС	80% населения охвачено программами ОМС	98-99% населения охвачено программами ОМС	Всеобщая доступность	Ограничивается платежеспособность пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся
Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методов ограничено	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методов ограничено	Широкий спектр профилактических мероприятий, набор лечебных услуг ограничен произв. возможностями	Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги
Использование новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Трудно преодолеть барьеры на пути внедрения новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Трудно преодолеть барьеры на пути внедрения новых технологий	Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно	Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляются в сфере здравоохранения

Регулирование цен на медицинские услуги	Цены, выраженные в «очках», цена «очка» пересматривается при изменении экономической ситуации	Цены утверждаются Министерством здравоохранения и социального обеспечения	Цены регулируются правительством, ежегодно пересматриваются, но изменяются медленно	Цены регулируются правительством, пересматриваются 2 раза в год (как правило, возрастают)	Цены утверждаются Министерством здравоохранения	Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения	Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Механизм оценки социально-экономической эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение.

При разработке механизма оценки социально-экономической эффективности муниципального здравоохранения автором учтены уже существующие показатели в сфере управления муниципальным здравоохранением, характеризующие эффективность здравоохранения. Принято считать, что проблема эффективности в муниципальном здравоохранении включает медицинские и социально-экономические аспекты. Для изучения возможных показателей измерения эффективности работы здравоохранения, в первую очередь необходимо помнить, что эта система во многом определяется национальными особенностями.

Критерии экономической эффективности могут помочь в установлении очередности проведения мероприятий в условиях ограниченных ресурсов. С точки зрения логики предоставления общественных благ, социальная эффективность в плане ожидаемых результатов должна быть приоритетной по сравнению с медицинской и экономической. При другом расположении приоритетов теряется главная цель существования сектора общественных благ как такового, то есть заполнения ниш, образованных «провалами» рынка. Именно такое распределение очередности в решении проблем здравоохранения, должно быть характерно для любого этапа развития медицины.

Автор считает, что одной из первоочередных задач при оценке эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение с экономической точки зрения является не просто оценка отдельных эффектов, а построение механизма, который позволит бы оценить социально-экономическую эффективность муниципального здравоохранения, не выходя за аналитическое поле рынка благ общественного сектора. Необходимо соотнести в этом механизме медицинские, социальные и экономические стороны, причем с упором именно на прирост социальной эффективности, связанный с инвестициями в муниципальное здравоохранение, так как именно социальная направленность является главной специфической чертой инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении.

Для решения поставленной задачи автором разработан механизм оценки, включающий в себя принципы, параметры и алгоритм оценки. В целях упрощения мето-

дики оценки медицинские показатели отнесены к социальным, так как при экономической оценке разница между ними не представляется существенной.

Таким образом, механизм социально-экономической оценки инвестиций в муниципальное здравоохранение основан на следующих принципах:

1. Приоритета социальных показателей над экономическими, что связано с характеристикой здравоохранения как доверительного социально значимого блага.

2. Обязательной взаимосвязанности социальных, медицинских и экономических показателей при оценке эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение.

3. Цикличности оценки, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений в динамике.

Данный механизм пошагово разбит автором на шесть этапов (рисунок 2).

Этап 1. Определение и расчет социальных показателей эффективности муниципального здравоохранения за выбранный промежуток времени

Фактически оценка социальной эффективности работы здравоохранения на современном этапе сводится к оценке предстоящей продолжительности жизни населения страны. Продолжительность жизни зависит, безусловно, не только от работы здравоохранения, но также и от других социальных институтов. Здравоохранение имеет влияние исключительно на количественную сторону. Качественные характеристики продолжительности жизни, такие как уровень благосостояния, стрессы и пр. не подвержены влиянию со стороны здравоохранения.

В демографии используется показатель средней продолжительности жизни, ожидаемой при рождении. Суть этого показателя сводится к определению средней длительности жизни всей совокупности родившихся детей при условии, что их смертность будет полностью соответствовать возрастной структуре смертей в год наблюдения. Таким образом, основные факторные составляющие продолжительности жизни – это смертность и рождаемость.

В системе здравоохранения рождаемость и смертность зависят от работы двух подсистем – стационарного и амбулаторного лечения. Стационарное лечение – это лечение заболеваний в условиях непосредственного пребывания пациента в больнице. Эффективность стационарного лечения характеризуется летальностью – частотой смертей от какой-либо болезни среди всех лиц, болевших этой болезнью. Амбулаторное лечение – это профилактические меры и лечение пациента, не требующего помещения в стационар (в России – система профилактики и поликлиническая служба), характеризуется заболеваемостью. Заболеваемость – это медико-статистический показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории.

Логично полагать, что социальная эффективность здравоохранения заключается в том, чтобы максимизировать показатель предстоящей продолжительности жизни населения, через минимизацию показателей летальности и заболеваемости, или, иначе говоря, максимизацию показателя рождаемости и минимизацию показателя смертности. Таким образом, можно графически охарактеризовать цепочку взаимосвязанных показателей эффективности работы муниципального здравоохранения, с учетом независимых демографических переменных, оказывающих непосредствен-

ное количественное влияние на те же показатели – миграционное сальдо, уровень брачности, уровень фертильности (см. рисунок 3).

В конечном итоге представленная система оценки социальной эффективности работы здравоохранения позволяет оценить зависимость основного показателя продолжительности жизни от изменений показателей смертности, рождаемости, через анализ работы двух ветвей здравоохранения – амбулаторной и стационарной службы, с учетом независимых переменных.

Этап 2. Выявление показателей характеризующих объемы инвестиций в муниципальное здравоохранение. На данном этапе статистически оцениваются совокупные инвестиционные потоки в муниципальном здравоохранении.

Соответственно приведенной выше классификации инвестиции в муниципальное здравоохранение могут поступать по системам «государственного», «рыночного» и «страхового» финансирования.

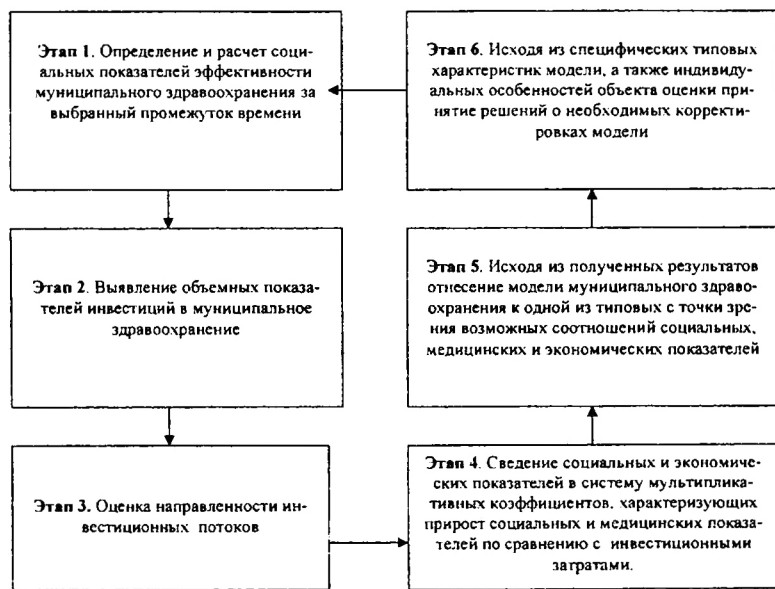


Рисунок 2 – Механизм социально-экономической оценки инвестиций в муниципальное здравоохранение

В настоящее время системы инвестиций в здравоохранение в разных странах соединяют одновременно черты нескольких типов систем финансирования. Только в СССР и в странах Центральной и Восточной Европы до начала 1990-х гг. действовали исключительно бюджетные системы. Сейчас почти в каждой стране ведущую роль играет либо бюджетная система, либо система обязательного медицинского страхования. Вместе с ними сосуществует частная система финансирования.

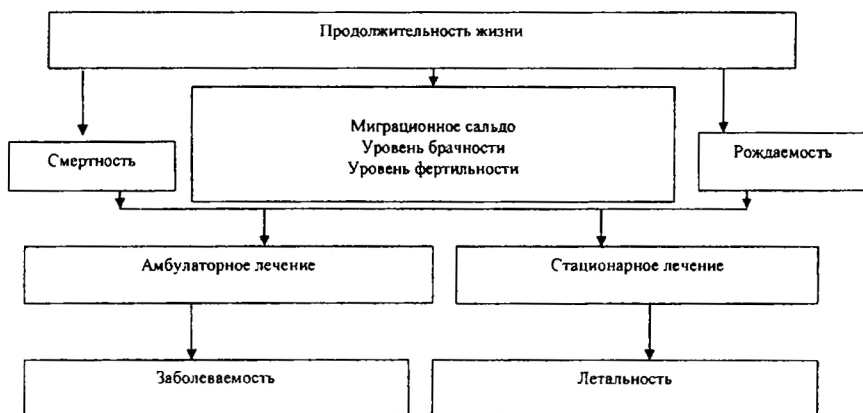


Рисунок 3 – Цепочка взаимосвязанных социально-демографических показателей эффективности работы здравоохранения

Системы бюджетного финансирования действуют, например, в Австралии, Великобритании, Дании, Канаде, Новой Зеландии, Норвегии, Финляндии, Швеции. На основе ОМС построено финансирование здравоохранения в Австрии, Бельгии, Германии, Нидерландах, Франции. В Испании и Италии действующие системы ОМС дополняются развитием систем бюджетного финансирования. В большинстве стран Центральной и Восточной Европы, а также в Израиле в 1990-е гг. были введены системы ОМС, и бюджетное финансирование сочетается со страховым. Частная система финансирования преобладает в США и Швейцарии.

Между тем, для оценки прироста социальных показателей эффективности муниципального здравоохранения важен не столько тип финансирования, сколько объемы финансирования, так как такая оценка позволит как раз указать на недостатки в той или иной исторически сложившейся систем инвестиций в муниципальное здравоохранение.

Этап 3. Оценка направленности инвестиционных потоков в муниципальном здравоохранении.

Продолжительность предстоящей жизни зависима от смертности, рождаемости в разной степени. В такой же зависимости находятся смертность и рождаемость от летальности и заболеваемости. Расстановка весовых приоритетов при факторном анализе является экспертной задачей. Тогда при коррекции объемных показателей инвестиционных потоков на соответствующие коэффициенты значимости социально-медицинских показателей получаем объективную направленность инвестиционных потоков в муниципальном здравоохранении. Автор предлагает к использованию следующие коэффициенты:

– значимость изменений в летальности в расчете на 1000 человек населения при изменении рождаемости в расчете на 1000 человек населения - K_p^1 ,

- значимость изменений в заболеваемости в расчете на 1000 человек населения при изменении рождаемости в расчете на 1000 человек населения - K_p^j ,
- значимость изменений в летальности в расчете на 1000 человек населения при изменении смертности в расчете на 1000 человек населения - K_c^j ,
- значимость изменений в заболеваемости в расчете на 1000 человек населения при изменении смертности в расчете на 1000 человек населения - K_c^j ,
- значимость изменений в смертности в расчете на 1000 человек населения при изменении средней ожидаемой продолжительности жизни - $K_{пж}^c$,
- значимость изменений в рождаемости в расчете на 1000 человек населения при изменении средней ожидаемой продолжительности жизни - $K_{пж}^p$.

Данные коэффициенты покажут значимость направленных инвестиционных потоков в муниципальном здравоохранении, как с медицинской точки зрения (амбулаторное или поликлиническое лечение), так и с социально-демографической точки зрения (рождаемость, смертность, продолжительность жизни).

Этап 4. Анализ взаимосвязи показателей социальной эффективности и инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении.

Для того чтобы полно рассмотреть эффективность инвестиций в систему муниципального здравоохранения необходимо в анализ социальных показателей – продолжительности жизни, смертности, рождаемости, летальности и заболеваемости добавить экономические показатели эффективности инвестиций в систему. При любой исторически сложившейся модели здравоохранения, перед управленцами стоит задача распределения ограниченных финансовых ресурсов общества. Эта задача подразумевает определение необходимых объемов финансирования, способов финансирования, направлений финансирования.

При расчете эффективности инвестиций в тот или иной сектор чистых частных благ используется мультипликатор, или его вариации, то есть рассчитываются темпы прироста инвестиционного спроса (инвестиционной активности) сравнительно с первоначальными инвестициями. В динамике данный показатель показывает точку снижения мультипликативного эффекта, соответственно ту точку, когда необходим новый инвестиционный толчок. Кроме того, само значение коэффициента мультипликации в динамике, при условии, что первоначальная инвестиция была не разовой, а существует некоторый поток инвестиций, показывает темпы прироста (или убыли) эффекта от этого потока инвестиций в каждой его точке.

Для социально-значимых благ, в частности для медицинских услуг, выражение эффекта от инвестиций в денежном эквиваленте чрезвычайно затруднительно, в силу их специфики. Безусловно эффект от медицинской услуги в какой то степени можно выразить через цену человеческой жизни, или человеческого здоровья. Иначе говоря, ценности вложений здорового индивида в доход общества. Однако, здоровье, также как и качество жизни с одной стороны плохо измеряемая величина, а с другой величина чрезвычайно зависящая от массы факторов кроме как от эффективности работы здравоохранения. Заработная плата, стрессы и прочие аналогичные факторы – не могут регулироваться здравоохранением.

Автором предложены показатели, которые образуют систему расчета социальной эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение. Продолжительность жизни, смертность, рождаемость, летальность и заболеваемость являются показателями, которые доступны статистически, могут быть обработаны и выражены в относительных цифрах, то есть, возможно, отслеживание и прогнозирование темпов их роста и прироста. В совокупности и взаимосвязанности данные показатели образуют систему, которая сама по себе характеризует социальный эффект от работы муниципального здравоохранения. Как уже было отмечено, здравоохранение, представляя собой, общественное социально-значимое благо в своей логике цели не несет получение прибыли, следовательно, экономические эффекты от инвестиций в здравоохранение в чистом виде не существуют, значит, социальные эффекты остаются единственными доступными для исчисления.

Эффективной системой инвестиций в муниципальное здравоохранение мы называем такую систему, в которой на единицу относительного (процентного) прироста финансовых вложений ограниченных ресурсов приходится единица или более единицы относительного (процентного) прироста соответствующего относительного показателя (показателей) социального эффекта. Причем прирост таких показателей, как смертность, летальность и заболеваемость необходимо рассчитывать регрессивно, так как при анализе этих показателей положительным эффектом является убыль, а не прирост. Тогда и при расчете эффективности через летальность и заболеваемость, необходимо социальный показатель считать таким же образом.

В целом в рамках тех показателей, которые приняты автором за основные при характеристике социальной направленности инвестиционных потоков, получаем набор коэффициентов характеризующих социально-экономическую эффективность инвестиций в муниципальное здравоохранение (таблица 2).

Таблица 2 - Анализ коэффициентов социально-экономической эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение

Показатель	Коэффициент	Характеристика с управленческой точки зрения
Мультипликатор инвестиций в муниципальное здравоохранение по средней продолжительности предстоящей жизни	$M_{пж} = \frac{\Delta Пж}{\Delta I} \geq 1,$ <p>Где: $M_{пж}$ – мультипликатор; $\Delta Пж$ – прирост показателя средней предстоящей продолжительности жизни населения, в процентах; ΔI – прирост показателя инвестиций в муниципальное здравоохранение, в процентах.</p>	Прирост финансовых вложений в муниципальное здравоохранение характеризуется большим или равным приростом показателя средней продолжительности жизни
Мультипликатор инвестиций в муниципальное здравоохранение по коэффициенту рождаемости	$M_p = \frac{\Delta p}{\Delta I} \geq 1.$ <p>Где: M_p – мультипликатор; Δp – прирост коэффициента рождаемости, в процентах; ΔI – прирост показателя инвестиций в муниципальное здравоохранение, в процентах.</p>	Прирост финансовых вложений в муниципальное здравоохранение характеризуется большим или равным приростом коэффициента рождаемости

Мультипликатор инвестиций в муниципальное здравоохранение по коэффициенту смертности	$M_{cu} = \frac{\Delta C_{cu}}{\Delta I} \leq 1,$ <p>Где: M_{cu} – мультипликатор; ΔC_{cu} – прирост коэффициента смертности, в процентах; ΔI – прирост показателя инвестиций в муниципальное здравоохранение, в процентах.</p>	Прирост финансовых вложений в муниципальное здравоохранение характеризуется меньшим или равным приростом коэффициента смертности
Мультипликатор инвестиций в муниципальное здравоохранение по коэффициенту летальности	$M_l = \frac{\Delta I}{\Delta I} \leq 1,$ <p>Где: M_l – мультипликатор; ΔI – прирост коэффициента летальности, в процентах; ΔI – прирост показателя инвестиций в муниципальное здравоохранение, в процентах.</p>	Прирост финансовых вложений в муниципальное здравоохранение характеризуется меньшим или равным приростом коэффициента летальности
Мультипликатор инвестиций в муниципальное здравоохранение по коэффициенту заболеваемости	$M_z = \frac{\Delta z}{\Delta I} \leq 1,$ <p>Где: M_z – мультипликатор; Δz – прирост коэффициента летальности, в процентах; ΔI – прирост показателя инвестиций в муниципальное здравоохранение, в процентах</p>	Прирост финансовых вложений в муниципальное здравоохранение характеризуется меньшим или равным приростом коэффициента заболеваемости

Этап 5. Приведение полученных результатов к типовым моделям инвестиций в муниципальное здравоохранение.

Анализ коэффициентов социально-экономической эффективности в муниципальное здравоохранение будет иметь существенные различия в зависимости от того, какими являются стартовые позиции. В связи с тем, что с экономической точки зрения большую важность имеют объем финансовых ресурсов и их распределение максимально приближенное к критериям эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение, то эти два критерия мы положили в основу классификации возможного состояния системы инвестиций в здравоохранение в исходной точке анализа. Тогда варианты соотношения финансовых ресурсов и показателей эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение можно отобразить с помощью матрицы представленной на рисунке 4.

Квадрант 1 характеризует модель инвестиций в муниципальное здравоохранение, при которой, несмотря на высокий уровень финансирования эффективность ниже нормативного значения, то есть на единицу процентного прироста объемов финансирования приходится менее единицы процентного прироста показателя эффективности.

Квадрант 2 характеризует модель инвестиций в муниципальное здравоохранение, при которой при высоком уровне финансирования эффективность соответствует нормативному значению, то есть на единицу прироста объемов финансирования приходится равное или более единицы прироста показателя эффективности.

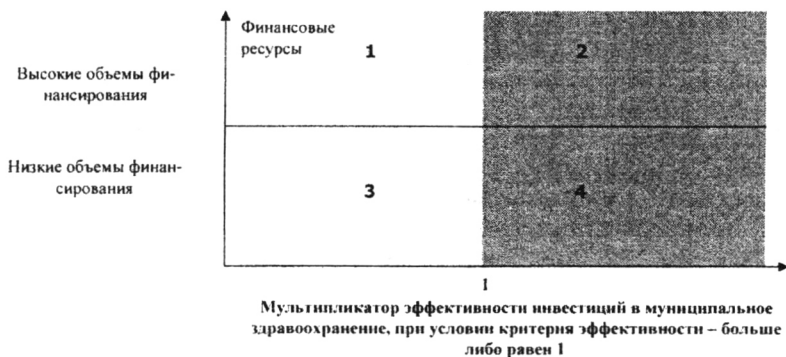


Рисунок 4 - Альтернативы соотношения финансовых ресурсов и эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение

Квадрант 3 характеризует модель инвестиций в муниципальное здравоохранение, при которой при низком уровне финансирования эффективность не соответствует нормативному значению, то есть на единицу прироста объемов финансирования приходится менее единицы прироста показателя эффективности.

Квадрант 4 характеризует модель инвестиций в муниципальное здравоохранение, при которой при низком уровне финансирования эффективность соответствует нормативному значению, то есть на единицу прироста объемов финансирования приходится равное или более единицы прироста показателя эффективности.

На рисунке 4 видно, что при любом объеме финансовых ресурсов инвестиции в муниципальное здравоохранение будут эффективны, только находясь в «серой» зоне, то есть при условии коэффициента эффективности выше единицы.

3. Основные направления стимулирования перехода от менее эффективных инвестиционных моделей муниципального здравоохранения крупнейшего города к более эффективным, сопровождающиеся формированием полноценного рыночного механизма, эффективных институтов муниципального здравоохранения.

В целях обоснования направлений повышения эффективности инвестиционных моделей муниципального здравоохранения в соответствии с предложенным авторским алгоритмом была проведена сравнительная оценка эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение в г. Омске и г. Новосибирске. Были выполнены следующие этапы.

Этап 1. Построение взаимосвязей показателей социальной эффективности муниципального здравоохранения. Цепочка взаимосвязей показателей соответствует описанной теоретической модели. Сравнительная характеристика основных социальных показателей по г.Омску и г.Новосибирску представлена в таблице 3.

Этап 2. Выявление объемных показателей инвестиций в муниципальное здравоохранение. На данном этапе были статистически оценены совокупные инвестици-

онные потоки в муниципальном здравоохранении. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 3 - Сравнительная характеристика основных социальных показателей по г.Омску и г.Новосибирску

Показатели		2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.
Средняя ожидаемая продолжительность жизни (лет)	Омск	66,3	65,2	64,8	67,1	68,2
	Новосибирск	65,1	64,7	63,9	66,1	67,4
Рождаемость (на 1000 населения)	Омск	1,01	1	0,97	0,96	0,94
	Новосибирск	1	1,02	1,01	0,99	0,97
Смертность (на 1000 населения)	Омск	1,45	1,43	1,41	1,47	1,48
	Новосибирск	1,46	1,45	1,51	1,4	1,43
Летальность (на 1000 населения)	Омск	0,95	0,98	1,1	5,1	4,7
	Новосибирск	0,83	1,1	0,93	1,7	1,9
Заболеваемость (на 1000 населения)	Омск	1,09	1,10	1,2	1,1	1,2
	Новосибирск	1,13	1,12	1,24	1,32	1,29

Таблица 4 – Объемные показатели финансирования муниципального здравоохранения по г.Омску и г.Новосибирску

Показатели	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.
Объемы финансирования муниципального здравоохранения (тыс. руб. на 1000 населения) по г. Омску	222,1	223,1	309,1	462,0	456,8
Объемы финансирования муниципального здравоохранения (тыс. руб. на 1000 населения) по г. Новосибирску	208,9	217,8	311,5	374,9	409,9

Этап 3. Оценка направленности инвестиционных потоков в муниципальном здравоохранении. Результаты экспертной оценки проведенной автором среди специалистов Департамента здравоохранения по г.Омску и Новосибирску представлены в таблице 5. Результаты представлены с коррекцией на показатели брачности, фертильности и миграционного сальдо.

Таблица 5 – Результаты экспертной оценки значимости социальных показателей эффективности здравоохранения

Показатели		2003г	2004г	2005г	2006г	2007г
K_1 : значимость изменения в летальности в расчете на 1000 человек населения при изменении рождаемости в расчете на 1000 человек населения	Омск	0,24	0,27	0,26	0,29	0,29
	Новосибирск	0,22	0,23	0,22	0,25	0,27
K_2 : значимость изменения в заболеваемости в расчете на 1000 человек населения при изменении рождаемости в расчете на 1000 человек населения	Омск	0,22	0,21	0,20	0,20	0,19
	Новосибирск	0,19	0,18	0,19	0,22	0,23

Продолжение таблицы 5

K_{Σ}^* значимость изменений в летальности в расчете на 1000 человек населения при изменении смертности в расчете на 1000 человек населения	Омск	0,61	0,62	0,64	0,61	0,62
	Новосибирск	0,64	0,63	0,63	0,63	0,63
K_{Σ}^* значимость изменений в заболеваемости в расчете на 1000 человек населения при изменении смертности в расчете на 1000 человек населения	Омск	0,58	0,57	0,57	0,57	0,58
	Новосибирск	0,55	0,54	0,53	0,57	0,52
K_{Σ}^* значимость изменений в смертности в расчете на 1000 человек населения при изменении средней ожидаемой продолжительности жизни	Омск	0,74	0,73	0,74	0,74	0,76
	Новосибирск	0,69	0,68	0,71	0,61	0,60
K_{Σ}^* значимость изменений в рождаемости в расчете на 1000 человек населения при изменении средней ожидаемой продолжительности жизни	Омск	0,67	0,65	0,66	0,67	0,68
	Новосибирск	0,66	0,65	0,66	0,68	0,68

Этап 4. Анализ взаимосвязи показателей социальной эффективности и инвестиционных процессов в муниципальном здравоохранении

Данный анализ проведен соответственно таблице 2. Результаты представлены в таблице 6. Проблемные зоны выделены серым цветом.

Учитывая полученные средние коэффициентные значения можно сделать следующие выводы:

1. Мультипликатор инвестиций в муниципальное здравоохранение по средней продолжительности предстоящей жизни в г. Омске не соответствует нормативным значениям, при соотношении этого показателя с другими мультипликаторам видно, что неэффективность связана с работой муниципального здравоохранения. Связь прослеживается через не соответствующие нормативным показатели эффективности по рождаемости и летальности.

2. Мультипликатор инвестиций в муниципальное здравоохранение по средней продолжительности предстоящей жизни в г. Новосибирске не соответствует нормативным значениям, однако при соотношении этого показателя с другими мультипликаторам видно, что неэффективность не связана с работой муниципального здравоохранения.

Этап 5. Приведение полученных результатов к типовым моделям инвестиций в муниципальное здравоохранение. Исходя из матрицы (рисунок 4) и проведенного коэффициентного анализа модели инвестиций в муниципальное здравоохранение можно отнести к варианту квадранта 3, т.е. при низком уровне финансирования муниципального здравоохранения эффективность не соответствует нормативному значению, то есть на единицу прироста объемов финансирования приходится менее единицы прироста показателя эффективности.

Таблица 6 - Социально-экономическая эффективность инвестиций в муниципальное здравоохранение г.Омска и г.Новосибирска

Показатель		2004г. по отношению к 2003г./ соответствие нормативному по- казателю (да/нет)	2005г. по отношению к 2004г./ соответствие нормативному по- казателю (да/нет)	2006г. по отношению к 2005г./ соответствие нормативному по- казателю (да/нет)	2007г. по отношению к 2006г./ соответствие нормативному по- казателю (да/нет)	Среднее значение/ соответствие нормативному показателю (да/нет)
Мультипликатор инве- стиций в муниципальное здравоохранение по средней продолжитель- ности предстоящей жиз- ни $M_{je} = \frac{\Delta I_{je}}{\Delta I} \geq 1$	Омск	3,94/ нет	-0,02/ нет	0,07/ нет	1,47/ нет	1,338/ нет
	Новосибирск	0,14/ нет	-0,03/ нет	0,17/ нет	0,21/ нет	0,053/ нет
Мультипликатор инве- стиций в муниципальное здравоохранение по ко- эффициенту рождаемости $M_p = \frac{\Delta P}{\Delta I} \geq 1$	Омск	1,58/ нет	-0,05/ нет	-0,01/ нет	1,25/ нет	-0,099/ нет
	Новосибирск	0,31/ нет	-0,02/ нет	-0,06/ нет	-0,14/ нет	0,022/ нет
Мультипликатор инве- стиций в муниципальное здравоохранение по ко- эффициенту смертности $M_{cm} = \frac{\Delta C_{cm}}{\Delta I} \leq 1$	Омск	-2,39/да	-0,03/ да	0,06/да	-0,46/ да	-0,704/ да
	Новосибирск	-0,11/да	0,07/ да	-0,22/да	0,14/ да	-0,030/ да
Мультипликатор инве- стиций в муниципальное здравоохранение по ко- эффициенту летальности $M_l = \frac{\Delta I_l}{\Delta I} \leq 1$	Омск	1,94/ нет	0,09/ да	1,89/ нет	1,92/ нет	1,459/ нет
	Новосибирск	1,77/ нет	-0,09/ да	0,89/да	0,25/ да	0,706/ да
Мультипликатор инве- стиций в муниципальное здравоохранение по ко- эффициенту заболевае- мости $M_z = \frac{\Delta Z}{\Delta I} \leq 1$	Омск	0,17/да	0,02/ да	-0,01/да	-0,61/ да	-0,109/ да
	Новосибирск	-0,01/да	0,02/ да	0,03/ да	-0,02/ да	0,003/ да

Этап 6. Принятие управленческих решений об изменениях в модели инвестирования муниципального здравоохранения. На данном этапе необходимо разработать рекомендации по повышению эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение. В связи с тем, что в г.Омске и г.Новосибирске применяются принципиально разные механизмы финансирования муниципального здравоохранения

(г.Омск - система «от койко-места», г.Новосибирск – система «по законченному случаю») целесообразно разделить данные рекомендации. Кроме того, их следует разделить на рекомендации общего плана (связанные с недостатками самих систем финансирования) и рекомендации, направленные на устранение конкретных «узких мест» моделей, выявленных в ходе исследования (таблица 7).

Таблица 7 – Рекомендации по повышению эффективности инвестиций в муниципальное здравоохранение для г.Омска и г.Новосибирска

Инвестиционная модель	Общие рекомендации	Рекомендации для устранения «узких мест» выявленных в ходе проведения исследования
г.Омск	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снизить объемы прямого бюджетного финансирования основной части условно-постоянных затрат. 2. Изменить систему поставки медикаментов в лечебные учреждения по централизованным поставкам, по разнарядкам. 3. Внедрение оптимальных стандартов по оплате лечения. 4. Внедрить систему оплаты на основании жесткого плана по пролеченным больным. 	В связи с тем, что полученные результаты показывают взаимосвязь: снижение средней ожидаемой продолжительности жизни - снижение рождаемости - рост летальности, целесообразно направить инвестиции в амбулаторно-поликлиническую службу с целью профилактики младенческой смертности
г.Новосибирск	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внедрение оптимальных стандартов по оплате лечения. 2. Более детальное уточнение существующего объема стоимости медицинской помощи в муниципальных образованиях на основе региональных нормативов и данных статистики о потребности населения в медицинской помощи. 	Не выявлено причин снижения средней ожидаемой продолжительности жизни связанных с работой муниципального здравоохранения.

Проведенное диссертационное исследование позволяет сделать вывод о том, что предложенный механизм социально-экономической оценки инвестиций в муниципальное здравоохранение делает возможным на основе общедоступных статистических данных оценить эффективность инвестиций в здравоохранение. Разработанные направления перехода к более эффективной модели инвестиций могут стать базой для принятия управленческих решений в сфере муниципального здравоохранения.

Основные положения диссертации изложены в следующих публикациях:

В изданиях по списку ВАК:

1. Троицкая Н.Л., Карпов А.Л. Сравнительная характеристика инвестиционных систем в муниципальном здравоохранении г.Омска и г.Новосибирска// Экономика региона, 2008, № 4. С.80-94. - 1,5 п.л./ в т.ч. авторских - 1 п.л.

В прочих изданиях:

2. Вахрамеева Е.В., Троицкая Н.Л. Сравнительная характеристика социально-экономической эффективности модели предоставления муниципальных медицинских услуг г.Омска и г.Новосибирска//Клинические и фундаментальные аспекты критических состояний. Материалы научно-практической конференции. Т.3. – Омск, 2008. С.178-183. - 0,5 п.л./ в т.ч. авторских - 0,25 п.л.
3. Троицкая Н.Л. Актуальность построения и основные параметры модели регионального института здравоохранения// Вестник Омского университета. Серия «Экономика», №1, 2006. С.92-99.- 1 п.л.
4. Троицкая Н.Л. Стимулирование нововведений: государственная политика России и зарубежный стран// Инновационность хозяйственных систем: Тезисы VI Всероссийском форуме молодых ученых и аспирантов/Отв. за выпуск В.П. Иванович. – Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2003. С.29-30. Ч. 3. - 0,4 п.л.
5. Троицкая Н.Л., Капогузов Е.А. Исходная схема анализа эффективности функционирования некоммерческих экономических агентов// Материалы III Всероссийской научно-практической конференции «Экономические и правовые факторы устойчивого развития социальных систем» в 2 ч./ под общей редакцией А.И. Барановского.- Омск: Изд-во Омского экономического института, 2006 – Ч.1. С.262-272.- 0,8 п.л./ в т.ч. авторских - 0,4 п.л.

Подписано в печать
Формат 60х84 1/16. Бум. Офсетная. Гарнитура «Таймс».
Печать на ризографе. Печ. л. 1,5. Тираж 100 экз. Заказ 71.

Редакционно-полиграфический отдел издательства ФГОУ ВПО ОмГАУ
при Институте экономики и финансов.

Отпечатано в редакционно-полиграфическом отделе издательства
ФГОУ ВПО ОмГАУ при Институте экономики и финансов.
Омск-8, ул. Физкультурная, 8е.

10~